

Flávio Coelho Edler
Pesquisador do Programa de Pós-Graduação
em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

A Natureza Contra o Hábito

A ciência médica no Império

O autor analisa a prática médica e a existência de uma perspectiva científica na medicina acadêmica no período imperial brasileiro. Neste artigo, são discutidas interpretações sobre a cientificidade do saber médico e a importância da medicina higienista no processo de modernização da sociedade do século XIX.

Palavras-chave: medicina oitocentista; cultura médica; higiene; instituições médicas.



The author analyses the medical practice and the existence of a scientific approach in the academic medicine in the Brazilian imperial period. In this article he discusses the different interpretations of scientificity in the medical knowledge and the importance of hygienist medicine in the process of modernization of the 19th century's society.

Keywords: 1800's medicine; medical culture; hygiene; medical institutions.

A medicina acadêmica praticada no Império brasileiro era científica? Se não, em que momento o saber médico oficial entrou em sintonia com o conhecimento difundido pelas instituições médicas europeias contemporâneas? A resposta a essa ques-

tão tem dividido os estudiosos da cultura médica oitocentista.

Muitos historiadores têm afirmado, categoricamente, a inexistência de qualquer perspectiva científica na abordagem dos assuntos pertinentes ao campo de atuação dos médicos clínicos ou higienistas no pe-

ríodo imperial. O autor da obra mais abrangente dedicada ao estudo da medicina no Império classificou-a como pré-científica.¹ Para a maioria dos especialistas, foi apenas com a institucionalização da medicina bacteriológica pastoriana, no início do período republicano, que o saber médico alcançou o estatuto epistêmico comum às demais ciências.²

Uma vertente interpretativa assevera que a prevalência de uma matriz cultural ibérica, reforçada pelo ecletismo espiritualista da filosofia francesa, emanado dos cursos jurídicos, marcaria o compasso da educação superior até a década de 1870. A partir de então, o

famoso “bando de novas ideias” científicas, a que se referiu Sílvio Romero, colidiria com o estilo anticientífico, beletrista e bacharelesco cultuado nas academias imperiais, fazendo implodir o amálgama de preconceitos difusos que entorpecia a cultura médica brasileira. Outros estudiosos admitem, entretanto, que alguns argumentos científicos foram utilizados na formulação de um ideário higienista, desde os primórdios do século XIX. Mas tais argumentos teriam, antes, um uso meramente ideológico, copiados ou adaptados de compêndios médicos europeus. Em conjunto, eles serviriam apenas para legitimar a implantação da ordem burguesa contra

CLINICA MEDICO-CIRURGICA

DO

DR. JULIO BRANDÃO

Formado pela Faculdade de Medicina
do Rio de Janeiro

Medico do Hospital da Misericórdia da Corte

Dá consultas todos os dias, de 1 hora
às 3 da tarde, na casa de sua residencia a

42 Rua da Candelaria 42

SOBRADO

e ahi recebe chamados por escripto a
qualquer hora do dia ou da noite.—Aos
pobres dá consultas gratis, das 11 horas
a 1 hora da tarde.

Propaganda de serviços médicos oferecidos pelo dr. Julio Brandão

os costumes da antiga sociedade patriarcal ao estabelecer as bases de um poder médico voltado tanto para erigir normas disciplinares, como para justificar as ações truculentas que almejavam o controle das chamadas “classes perigosas”.

A suposição de que o saber médico acadêmico não tinha fundamentação científica, nem era controlado e validado pelos critérios vigentes de cientificidade, levou uma boa parte dos intérpretes da medicina oitocentista a apostar numa explicação heterônoma de seu processo de institucionalização. Se os médicos não possuíam um critério científico que pudesse servir para balizar suas ações no campo da terapêutica e da saúde pública, o que decidiria sobre sua prática? Para boa parte dos historiadores a resposta encontrada soou como um anátema àquele peculiar grupo social, inscrito na ordem senhorial escravocrata, que se distinguia pelo uso da bengala com castão de ouro e um anel de esmeralda: eles simplesmente conspiravam a favor das elites, contra as massas subalternas. A higiene não passaria de uma estratégia biopolítica de controle social.

Outros historiadores, sem romper necessariamente com a interpretação centrada na noção foucauldiana de medicalização da sociedade, rejeitaram a imagem dicotômica herdada da retórica elaborada pelos intelectuais da Primeira República.⁵ Esses últimos esforçaram-se por empurrar o Império no sentido da Colônia, e produziram um discurso

pautado pelo tema do progresso que insistia na ideia da ruptura inaugurada pelas instituições científicas republicanas, estas moldadas pelo ideal civilizatório da *belle époque*.⁴

Para nós, a discussão sobre a cientificidade da medicina imperial é uma questão *mal posée*. Como tem observado a moderna historiografia das ciências, não podemos tomar os conceitos e parâmetros metodológicos hoje vigentes em determinado campo de conhecimento e usá-los como critério para avaliar a ciência do passado, como se tratasse de um certificado de conformidade trans-histórico.⁵ Os diferentes saberes inaugurados a partir da chamada revolução científica, e as dinâmicas de pesquisa, por eles impulsionadas, não só possuíam ambições epistemológicas distintas, como estiveram sujeitas ao movimento típico do processo de modernização, em que pessoas, coisas, instituições e ambientes que foram inovadores e de vanguarda em dado momento histórico se tornaram retrógrados e obsoletos no momento seguinte.⁶

Pretendemos, assim, rever as interpretações anteriores, chamando a atenção especificamente para as atividades científicas desempenhadas pelas elites médicas imperiais, antes do advento da concepção parasitológica das doenças tropicais, propugnada pelos adeptos da teoria bacteriológica de Pasteur. Como procuraremos sublinhar, são inúmeras as evidências de que os médicos formados pelas escolas médicas do Rio de Janeiro e

de Salvador despenderam grandes esforços no necessário trabalho de inovação científica nos campos do diagnóstico, da terapêutica, na identificação dos agentes deletérios ambientais que se acreditava estarem implicados na produção das doenças próprias ao nosso clima. Do mesmo modo, empenharam-se na adequação das medidas profiláticas propugnadas pela higiene à realidade do império tropical. E fizeram-no não apenas institucionalizando a pesquisa clínica e higienista, mas também assimilando seletivamente alguns ramos das ciências naturais – a botânica, a meteorologia, a climatologia, a geologia, a topografia – de cujo conhecimento eles dependiam para levar a cabo a agenda de pesquisas sobre a patologia brasileira proposta inicialmente pelo grupo que criou a Academia Imperial de Medicina, em 1829.

Os historiadores que estudaram a organização do espaço urbano no período que se segue à vinda da Corte portuguesa para a cidade do Rio de Janeiro ressaltam a importância da medicina higienista no processo de normatização e ordenação das relações sociais herdadas do período colonial.

Numa sociedade até então sujeita às hierarquias privadas, com o poder repartido entre quadrilheiros, alcaides, juizes de paz, almotaceres e capitães-mores, as diferentes fronteiras entre o lícito e o ilícito, entre a conduta certa e a errada, entre o moral e o imoral foram contrastadas com um princípio organizador comum: as leis da higiene.⁷

Essa nova disciplina, que alcançara na França pós-revolucionária um *status* de vanguarda na grade curricular e na organização dos serviços de saúde, tinha raízes no movimento vitalista e anti-mecanicista que se alastrara no ambiente médico europeu, por oposição ao cartesianismo médico hegemônico e presente, por exemplo, nos estatutos da Universidade de Coimbra.⁸ Embora alguns dos seus principais formuladores, como J. G. Cabanis, J. N. Hallé, Ph. Pinel e X. Bichat, possuíssem uma visão monista e materialista, sua abordagem holista que concebia uma íntima relação entre domínios do físico, do mental e do passional, presentes na experiência humana, era herdeira de uma antropologia vitalista animista.⁹ Seus postulados empurravam a medicina em direção à sociedade, por sua própria lógica interna, tanto quanto por qualquer outra intenção abertamente ideológica ou política.

Segundo os higienistas, o “reino social” participaria da mesma legalidade comum à natureza. A cidade, metamorfoseada em “corpo social”, pôde ser descrita segundo um modelo organicista, no qual as partes constitutivas deveriam tornar-se reciprocamente funcionais. Nas faculdades de medicina, grande parte das teses de formatura tematizam o espaço público, diagnosticando o mosaico de interesses privados e corporativos como responsável pelas doenças reinantes. A profilaxia proposta indicava a necessidade de uma renovação dos costumes e hábi-

tos herdados e uma política esclerótica. Ao contrário da literatura veiculada nos periódicos médicos da época, não se deve procurar nesses trabalhos nem originalidade, nem independência intelectual. Trata-se de um exercício de bom senso e de demonstração de que eles dominam bem sua arte, conhecem bem os cânones de sua ciência e estão acompanhando as novidades sancionadas pela congregação das faculdades.¹⁰

De fato, a higiene forneceu a sintaxe que permitiria apreender e pensar, em termos científicos, os inúmeros conflitos étnicos, políticos e sociais, ligados à lógica de organização senhorial do espaço urbano. Trata-se, portanto, de uma falácia, o caráter supostamente ornamental de instituições médicas, como as faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Bahia, a Academia Imperial de Medicina (AIM) e dezenas de periódicos médicos publicados em diversas províncias. Tais instituições estiveram implicadas na produção e revisão dos conhecimentos científicos, sobre o vasto campo de problemas relacionado com a saúde pública e privada dos habitantes do Império. Assim, no lugar das interpretações que dão prioridade ao viés estrutural-funcional do processo de produção do conhecimento médico, forjando a consciência médica “de fora”, procuraremos sublinhar as dinâmicas socioprofissionais voltadas para produzir, validar e controlar o saber médico, segundo as mesmas regras de cientificidade abraçadas pelas tradições higienista e anatomoclínica internacionais.

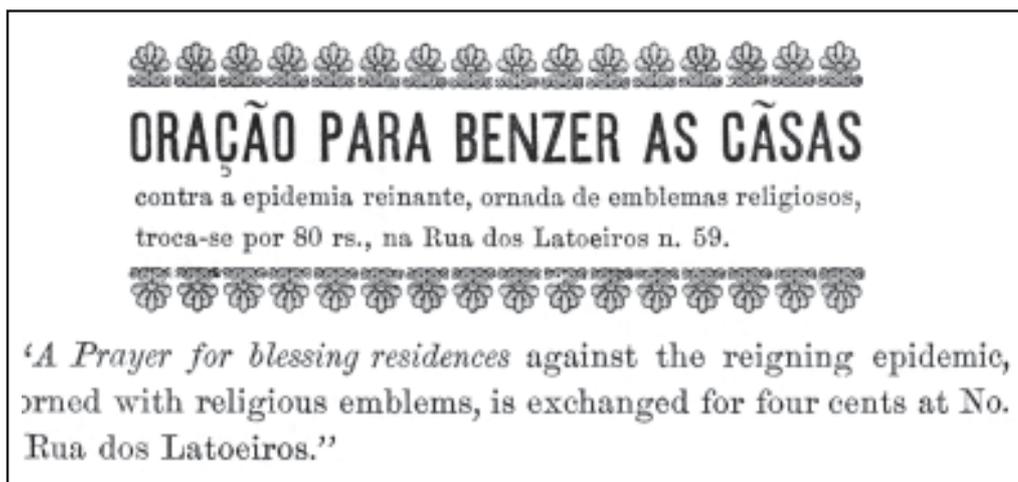
Podemos formular nosso argumento nos seguintes termos. Dando suporte ao discurso, construído pelos médicos brasileiros do período imperial, sobre os sentidos de suas múltiplas ações profissionais, havia um fundo de opiniões comuns, uma constelação de crenças, valores e técnicas interiorizadas durante o processo de formação, às quais designaremos de *doxa clínica e higienista*. Ao compartilharem com os colegas europeus uma noção de doença inextricavelmente ligada ao meio ambiente, eles reivindicavam uma concepção particularista, em termos territoriais e climático-telúricos, do conhecimento médico. Contraditoriamente, essa irreducibilidade do saber médico local baseava-se no pressuposto da universalidade dos princípios da anatomia, da química, da física ou da fisiologia. Esse saber médico, que corroborava uma patologia ambientalista, aparecia como inscrito na natureza das coisas, isto é, como o limite imposto de qualquer reflexão sobre etiologia ou patogenia. Era com base na detenção especial desse saber abstrato que esse grupo social pleiteava uma jurisdição formal e exclusiva sobre a formação e o exercício da medicina em bases territoriais, confrontando-se tanto com o saber médico gerado em outras regiões, quanto com outras categorias de curadores aos quais denominariam charlatães.

No período que estamos estudando, a produção e o controle de conhecimentos sobre diagnóstico e terapêutica, profilaxia ou

etiologia das doenças seguiam formas estritas de controle profissional. Portanto, o que credenciava uma opinião ou testemunho era a habilidade em atuar de acordo com os protocolos científicos em vigor, isto é, conforme certas regras de “etiqueta científica”. Essas regras, definidas inicialmente no âmbito da anatomoclínica e da higiene, tinham como suporte um paradigma médico climatológico, uma epistemologia sensualista e uma visão antropológica que incorporava o físico e o moral.¹¹ Foi em torno dessas regras que se desenvolveu grande parte das controvérsias científicas. Elas também definiam as condições da prova e, portanto, serviam como critério epistemológico para julgar os veredictos médicos.

Ao contrário do que veio a se afirmar já em fins do século XIX, isto é, em plena vigência do paradigma médico pastoriano, a relação homem–doença–clima era uma equação teoricamente

muito complexa e sofisticada do ponto de vista do debate metodológico. Às controvérsias científicas da época não faltava base empírica. Com a maior precisão que a estatística médica emprestou aos trabalhos de topografia médica, e com a disseminação do protocolo anatomoclínico, cada um destes termos perderia estabilidade semântica. Poligenistas e monogenistas discordavam sobre a unidade da espécie humana, mas mesmos entre os monogenistas variava boa parte dos atributos que imputavam às raças. A etiologia das doenças endêmicas e epidêmicas tornou-se objeto de infindáveis querelas no campo da climatologia médica. A noção de clima tropical, como configuração meteorológica estável e válida para a imensa região do globo compreendida entre os trópicos, foi sendo paulatinamente redefinida. E os médicos brasileiros contribuíram decisivamente no desenrolar desse debate internacional.¹²




ORAÇÃO PARA BENZER AS CÂSAS
 contra a epidemia reinante, ornada de emblemas religiosos,
 troca-se por 80 rs., na Rua dos Latoeiros n. 59.


*‘A Prayer for blessing residences against the reigning epidemic,
 ornad with religious emblems, is exchanged for four cents at No.
 Rua dos Latoeiros.’*

Reprodução de anúncio de jornal em que se oferecia o serviço de orações para benzer as casas contra epidemias

A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA MEDICINA ACADÊMICA

A organização profissional e a regulamentação do ensino da medicina no Brasil, como atividade diversa da praticada por barbeiros, sangradores, práticos e curandeiros, começou apenas no século XIX, com a chegada da corte portuguesa à cidade do Rio de Janeiro. Nessa ocasião, o príncipe regente criou dois cursos de cirurgia e anatomia nos hospitais militares de Salvador e Rio de Janeiro (1808), pondo término à era dos físicos e cirurgiões formados exclusivamente na Europa. Iniciava-se, assim, uma forte tradição clínica marcada pela figura do médico de família que atuava, ora como clínico, ora como cirurgião, ora como conselheiro higienista. Em 1832, as Academias Médico-cirúrgicas foram transformadas em Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. O mesmo decreto instituiu os cursos de medicina, de farmácia e de partos. O figurino das novas faculdades seguia o modelo francês, conforme orientação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, criada em 1929, e embrião da Academia Imperial de Medicina, oficializada em 1835.

Quando a Sociedade de Medicina foi criada, a higiene e a anatomoclínica passaram a dispor de uma trincheira estrategicamente orientada para enfraquecer a influência dos antigos cirurgiões portugueses e daqueles formados nas escolas médico-cirúrgicas da Corte e da Bahia. Nes-

se contexto, a anatomoclínica era praticamente toda a medicina, já que a fisiologia experimental de Claude Bernard (1813-1878) e a patologia celular de Rudolph Virchow (1821-1902), que viriam a produzir uma medicina de laboratório, em oposição à medicina hospitalar, eram disciplinas periféricas à prática médica e estavam apenas se esboçando no horizonte da clínica.¹³ Nesse período, marcado pela crença da dependência da patologia e da terapêutica médicas aos fatores climático-telúricos circunscritos ao meio ambiente, a rejeição da herança colonial da Fisicatura-mor e do legado de informações médicas, mais ou menos impressionistas, descritas pelos viajantes naturalistas, impôs-se como pré-condição à afirmação do novo *ethos* profissional. Em torno da Academia de Medicina, uma parcela da elite médica empenhou-se na produção de um conhecimento original sobre a patologia brasileira.

Desde sua criação, até meados do século, a Academia conseguiria monopolizar duas importantes tarefas: ao mesmo tempo que se impusera como instrumento da política imperial da saúde pública, tornara-se o principal árbitro das inovações médico-científicas, contribuindo tanto para sancionar novas tecnologias em diagnóstico e terapêutica quanto novos conceitos e teorias estritamente voltados para o conhecimento da patologia brasileira. Tal como a Academia de Medicina de Paris, que lhe servira como figurino, ela oferecia prêmios em competições

A

anuais, coletava e examinava informações epidemiológicas, administrava a vacinação antivariolosa, auxiliando o governo em matéria de educação médica, polícia higienista e saúde pública. A comparação entre as duas pode ser estendida a alguns de seus êxitos e fracassos: nas duas instituições, a produção, coordenação e arbitragem de um conhecimento médico orientado para a saúde pública resultou na organização da profissão médica em bases territoriais – bem mais precária no caso brasileiro – visando constituir uma rede de informações e coletas, cujo conjunto deveria ser processado, analisado e eventualmente aplicado pelos acadêmicos. Consolidavam-se, desse modo, as desigualdades regionais em benefício das elites médicas da capital, beneficiárias diretas de sua proximidade com as fontes de poder estatal; ambas, por outro lado, saíam igualmente derrotadas em suas pretensões de centralizar em suas mãos o poder de polícia no campo da saúde.

Um corpo de modestos peritos seria útil ao governo, enquanto outro, com excessivas pretensões administrativas, poderia se tornar um embaraço político. Os acadêmicos, aqui e lá, queriam poderes administrativos, mas só obtiveram um papel consultivo. A criação de uma Junta Central de Higiene Pública, em 1850, não representou o ápice do poder político dos higienistas brasileiros, como querem alguns historiadores. Além de esvaziar o poder da Academia Imperial de Medici-

C

na, a criação daquele órgão subordinou as ações oficiais no campo da saúde pública e polícia médica à pauta política e administrativa mais geral, o que gerou queixas e lamúrias por parte de acadêmicos e da imprensa médica independente, na Corte e na Bahia,¹⁴ que ecoaram até as reformas do ensino médico e da legislação sanitária, na década de 1880.

Nos trabalhos dos acadêmicos, publicados no *Propagador das Ciências Médicas*, no *Diário de Saúde*, no *Semanário de Saúde Pública* e na *Revista Médica Fluminense* – os dois últimos, órgãos da AIM – destacava-se, como morbidade dominante da patologia nacional, a febre palustre. Essa convicção era fundada cientificamente, segundo as regras de produção de fatos e teorias compartilhadas no contexto da experiência sociocognitiva da medicina anatomoclínica e do paradigma ambientalista. Tal epistemologia pressupunha a existência de instituições, como a Academia de Medicina, que regulavam uma prática coletiva, territorialmente delimitada, na coleta de registros de observações clínicas que compreendiam a descrição de diagnósticos, etiologias e terapêuticas utilizadas, e do exame anatomopatológico pós-morte. Tal regime de produção de fatos médico-científicos pressupunha o compromisso da corporação médica local na produção de um conhecimento necessariamente restrito à sua própria jurisdição ambiental.

Outras endemias constatadas por aquele corpo de profissionais seriam o reumatis-

E

mo, a erisipela, o piã, a hidrocele, a lepra, as hemorróidas, a hipoemia intertropical, a elefantíase dos árabes, a hemato-chyluria. Ao lado dessas endemias, algumas epidemias tinham orientado os debates nas suas sessões semanais: a gripe, a sífilis, as bexigas, as doenças do fígado, do coração e da pele, o sarampo, a escarlatina, as febres tifóides, o tétano e o escorbuto. A avaliação dos acadêmicos, na primeira metade do oitocentos, era a de que o país ostentava uma boa condição de salubridade.¹⁵

Querendo impor o monopólio da interlocução sobre os problemas médicos nacionais diante do governo imperial e dos centros médico-científicos europeus, a Academia esforçou-se em cumprir a tarefa de traduzir e atualizar a pauta higienista e anatomoclínica europeia contemporânea, o que a tornaria intérprete legi-

tima da patologia brasileira. Diante das questões consagradas pela geografia médica¹⁶ naquela quadra, os médicos brasileiros apresentaram respostas originais, algumas das quais se opunham a velhos estigmas raciais e climáticos. Além disso, produziram uma avaliação positiva a respeito da patologia nacional, onde não teriam direito de domicílio algumas das mais temidas enfermidades, como a febre amarela, a peste e o cólera.

Algumas dessas soluções originais foram coligidas pelo médico e acadêmico Xavier Sigaud, em seu livro *Du climat et des maladies du Brésil ou statistique médicale de cette Empire*, publicado em Paris, em 1844. Os acadêmicos imputavam ao calor e à umidade um papel preponderante, dentre os fatores climático-telúricos na patologia nacional, descrevendo sua ação direta ou indireta – produção de miasmas



Hospital d. Pedro II, no Rio de Janeiro

A

– na economia humana (patogenia) e formas possíveis de evitar sua ação deletéria (profilaxia). Entretanto, de acordo com o consenso médico de então, na composição dos estados mórbidos, os fatores morbi-
genos decisivos seriam ligados aos hábitos higiênicos. Assim, os “primeiros agentes da mortalidade” no Brasil seriam o “regime alimentar” e o abuso do “ato venéreo”. Uma postura saudável centrada na exclusão dessas causas predisponentes redundaria em uma atenuação dos efeitos das principais causas climáticas excitantes: o calor, a umidade e os miasmas.¹⁷ Os acadêmicos também apresentaram uma avaliação generosa sobre o problema da aclimatação, ligada conjunturalmente à grave questão da imigração europeia, apontada por eminências políticas como a solução alternativa ao fim do tráfico negreiro imposto pela Inglaterra.¹⁸ E fizeram-no, condenando certos hábitos europeus importados indiscriminadamente.

A apresentação de um receituário higiênico adaptado às novas condições climáticas, visando a um ajuste saudável, deve ser interpretada como um trunfo a ser creditado aos médicos nacionais, em seu esforço de revisão dos tratados europeus de patologia e higiene, e criação de uma cultura médica local. Desse modo, tanto o trabalho de revisão teórica, ligado ao rebaixamento do papel dos agentes meteorológicos e dos temperamentos na hierarquia da produção de doenças, em benefício dos hábitos, quanto a interpretação desses mesmos hábitos seculares,

C

tais como os “banhos frios”, as “bebidas alcoólicas”, o “uso do leite”, a “tendência de se seguir a moda de Paris ou de Londres, contrária à sã higiene”, espedhariam o esforço de adaptação da cultura médica nacional face à irredutibilidade da patologia brasileira.¹⁹

Mencionaremos, por fim, um último exemplo de originalidade dos médicos brasileiros da primeira metade do oitocentos diante de crenças científicas consagradas pela medicina europeia. Contrariando a opinião de alguns confrades europeus, que atribuiriam à “mistura das raças” a produção de novas doenças inexistentes na patologia europeia, a AIM asseverava que “as doenças que cada uma das raças trouxe ao país não teriam degenerado pela transmissão às outras raças”. Seriam idênticas ao que eram três séculos antes “o piã, importado da África, a sífilis dos indígenas e a varíola da Europa”. Apenas à “natureza das localidades” e ao “regime das populações” poderia ser imputado “o segredo patológico do país”.²⁰ Lembremos, porém, que boa parte dessas crenças científicas não era consensual, sendo objeto de renhidas disputas entre os acadêmicos.

Embora polêmica em alguns pontos, a descrição da carta nosológica do Império consistiu em um feito espetacular da Academia, que ao aclimatar o conhecimento médico europeu a partir de um núcleo de disciplinas médicas universais às condições climático-telúricas brasileiras, tornou-se sua fiadora e controladora, praticamente monopolizando a interlo-

E

cução com as instituições médicas centrais até meados do século XIX.

Entretanto, três acontecimentos iriam pôr em risco o lugar social que a AIM conquistara ainda em seu primeiro quarto de século de existência. Primeiramente, a inesperada irrupção de duas das mais temidas epidemias conhecidas: a partir de 1849, a capital do Império e outras importantes cidades litorâneas foram acometidas de surtos de febre amarela e cólera. A febre amarela, cuja última aparição ocorrera no século XVII, se transformaria em curto espaço de tempo na principal questão de saúde pública no Brasil.²¹ Tal fato, decisivo na mudança do perfil de salubridade descrito por Sigaud, também contribuiu para a criação da Junta Central de Higiene Pública – o segundo evento – que deslocaria a Academia do papel central que até então representara para a saúde pública. A Junta permitiu conter as pretensões administrativas da Academia, tornando-se subserviente às diretrizes governamentais no período de maior centralização política do Império, que se seguiu à curta experiência liberal das regências (1831-1840). O terceiro acontecimento se refere ao deslocamento epistemológico operado pela medicina experimental, que resultou no aparecimento de sociedades e periódicos médicos concorrentes, a partir da década de 1860. Estes novos circuitos de legitimação científica iriam romper com o monopólio até então desfrutado pelos periódicos médicos oficiais da Academia de

Medicina. Na Bahia e no Rio de Janeiro, o periodismo médico permitiria o incremento do intercâmbio científico e a consolidação de uma pauta de pesquisas voltada principalmente ao conhecimento da matéria médica (fitoterapia), patologia e terapêutica nacionais, estimulando e dirigindo as incipientes iniciativas individuais de pesquisa médica, e criando condições para a legitimação dos novos ramos disciplinares reivindicados pelos reformadores do ensino médico. Além da *Gazeta Médica da Bahia* (1866-1915), podemos considerar como relevantes no trabalho de emulação científica, segundo os moldes da época, os seguintes periódicos da Corte: a *Gazeta Médica do Rio de Janeiro* (1862-1864), a *Revista Médica do Rio de Janeiro* (1873-1879), os *Archivos de Medicina* (1874), o *Progresso Médico* (1876-1880), a *União Médica* (1881-1889), a *Gazeta Médica Brasileira* (1882) e o *Brazil Médico* (1887-1964).²²

A partir da década de 1870 ocorreria uma inflexão no programa de pesquisa médica agora capitaneado pelos periódicos acima referidos. As novas elites profissionais passaram a perseguir *pari passu* o movimento de reforma institucional que, sob o impacto das dinâmicas de pesquisas experimentais, subvertiam a hierarquia médica encimada pela clínica e pela higiene. A emergência das disciplinas que cabiam no rótulo de medicina experimental e as novas especialidades clínicas tornaram imperativa uma reforma curricular que contemplasse a redefinição e amplia-

ção do antigo estoque de conhecimento. Convulsionado pela demanda por novos profissionais especialistas, o território acadêmico assistiria à fragmentação das antigas fronteiras jurisdicionais. Contudo, admitia-se que o saber a ser aplicado por médicos legistas, investigadores de matéria médica, toxicologistas, fisiologistas, patologistas, higienistas com sólida formação em estatística, além de todas as especialidades clínicas relacionadas com novos objetos como patologias específicas, áreas limitadas do organismo humano e determinadas faixas etárias, teria que ser adaptado aos problemas médicos nacionais. Como afirmou o parasitologista Júlio de Moura (1839-1892), um dos líderes desse movimento de reforma médica que resultaria em ampla reforma das instituições médicas oficiais, na década de 1880:

temos necessidade, fazendo aplicações dos meios experimentais, das luzes que recebemos com o desenvolvimento da arte, de estudar os males que nos afligem, segundo as modificações que lhes imprimem não só a topografia, como as influências climatéricas, os nossos usos e a índole especial de nossa raça.²³

CONCLUSÃO

Claro está que para a medicina pastoriana que faria triunfar, em fins do século XIX, a tese da etiologia específica, revogando toda a legitimidade da *démarche* climático-telúrica, tal programa de pesquisa nada tinha de científico. Não obstante, até a penúltima dé-

cada daquele século, ninguém apostaria em tal desfecho, e o historiador das ciências deve estar atento ao critério de cientificidade compartilhado por cada comunidade científica em seu contexto. O principal equívoco das abordagens judicativas em história das ciências tem sido assumir como único protocolo científico válido, aquele sancionado posteriormente pelas disciplinas vigentes. É preciso aceitar que aquilo que era considerado evidente para aqueles médicos seguia regras sociais de validação em conformidade com um regime de prova empírica controlado e sancionado coletivamente. A passagem desses fatos científicos à categoria de credices ou de mitos, em fins do século XIX, correspondeu a uma alteração das regras de produção de verdades, isto é, à mudança do *status* de certas práticas e dos grupos que as sustentavam, bem como a uma redefinição das hierarquias e valores socioprofissionais.²⁴

O grande consenso empirista de então não era impermeável à crítica metódica, posto que não estava alheio às dificuldades que se impunham à observação e apreciação dos fatos. Fatos mal observados ou falsas relações causais, apenas supostas pela sucessão de eventos, levaram à ruína as mais sólidas teorias. O *post hoc ergo propter hoc*, risco epistemológico de matriz indutivista, denunciado por todos que se envolviam nos debates científicos, pairava como uma ameaça às mais consensuais teorias. A recusa aos sistemas médicos do século XVIII implicou um compromisso com uma versão de verdade muito mais precária. As elites mé-

dicas imperiais sabiam disso. Por isso mesmo, as diferentes representações expressas nas denominações correntes – “broussaístas”, “ecléticos”, “humoralistas”, “organicistas”, “contagionistas”, “anticontagionistas” –, atribuídas ou proclamadas por grupos e escolas médicas naquele período, não representavam necessariamente

fissuras ou rupturas, mas cristalizações de posições congruentes com o consenso primordial da *doxa clínica*. Apenas com a emergência das pesquisas helmintológicas e bacteriológicas se iniciaria o processo que levaria, ao cabo de renhidas lutas, à construção de uma nova ortodoxia paradigmática no alvorecer do período republicano.

N

O

T

A

S

1. SANTOS FILHO, Licurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira II*. São Paulo: Edusp, 1991.
2. Uma avaliação pormenorizada desta questão historiográfica encontra-se em EDLER, Flávio Coelho. A medicina e as ciências naturais. In: HEIZER, Alda e VIDEIRA, Augusto (orgs.). *Ciência, civilização e Império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001, p. 97-122.
3. Benchimol, Ferreira, Chalhoub, Edler, Gabriela Sampaio, Beatriz Weber. BENCHIMOL, Jaime Larry. *Do Pasteur dos micróbios ao Pasteur dos mosquitos: febre amarela no Rio de Janeiro, 1880-1903*. Tese (Doutorado em História) – Departamento de História, Universidade Federal Fluminense, 1996; FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1996; CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996; WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar*. Santa Maria; Bauru: Ed. UFSM; Edusc, 1999; e SAMPAIO, Gabriela dos Reis. *Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial*. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.
4. Sobre essa ponte, ver: FERREIRA, Luiz Otávio. O ethos positivista e a institucionalização das ciências no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade e SÁ, Dominichi Miranda de (orgs.). *Antropologia brasileira: ciência e educação na obra de Edgar Roquette-Pinto*. Belo Horizonte; Rio de Janeiro: Ed. UFMG; Ed. Fiocruz, 2008, p. 87-98; e SÁ, Dominichi Miranda de. *A ciência como profissão: médicos, bacharéis e cientistas no Brasil, 1895-1935*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
5. Para uma discussão mais abrangente, ver: LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994. Para a medicina, ver: WARNER, John Harley. Science in medicine. In: *Osiris*, Second Series, Chicago, v. 1, n. 1, p. 37-58, jan. 1985; PICKSTONE, John V. Ways of knowing: towards a historical sociology of science, technology and medicine. *BJHS*, Cambridge, v. 26, p. 433-458, dez. 1993.
6. Uma análise semelhante sobre o advento do modernismo no campo literário brasileiro encontra-se em HARDMAN, Francisco Foot. Antigos modernistas. In: NOVAIS, Adauto (org.). *Tempo e história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992, p. 289-305; GOMES, Ângela de Castro. *Essa gente do Rio... modernismo e nacionalismo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.
7. PECHMAN, Robert Moses. *Cidades estreitamente vigiadas: o detetive e o urbanista*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2002.
8. *Estatutos da Universidade de Coimbra: para a restauração das ciências e das artes liberais nestes reinos e domínios*. Lisboa: Oficina Régia Tipográfica, 1772.
9. WILLIAMS, Elizabeth A. *The physical and the moral: anthropology, physiology and philosophical medicine in France, 1750-1850*. Nova York: Cambridge University Press, 1994.
10. EDLER, Flávio Coelho. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro, 1854-1884*. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1992.

11. LÉCUYER, Bernard P. L'hygiène en France avant Pasteur. In: SALOMON-BAYET, Claire. *Pasteur et la révolution pastorienne*. Paris: Payot, 1986, p. 65-139; e HANNAWAY, Caroline. Environment and miasmata. In: BYNUM, William F. e PORTER, Roy. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. Londres: Routledge, 1993, p. 292-308.
12. EDLER, Flávio Coelho. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.
13. Sobre o sentido epistêmico e social da emergência da medicina laboratorial, ver o trabalho clássico de ACKERKNECHT, Erwin H. *La médecine hospitalière à Paris*. Paris: Payot, 1986; e WARNER, John Harley. The fall and rise of professional mystery: epistemology, authority and the emergence of laboratory medicine in nineteenth-century America. In: CUNNINGHAM, Andrew e WILLIAMS, Perry. *The laboratory revolution in medicine*. Nova York: Cambridge University Press, 1992, p. 110-141.
14. Sobre a Academia de Medicina de Paris, ver WEISZ, George. *The medical mandarins: the French Academy of Medicine in the nineteenth and early twentieth centuries*. Nova York: Oxford University Press, 1995, p. 14-20. Sobre a Academia Imperial de Medicina, baseamos em EDLER, Flávio Coelho. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro, 1854-1884*, op. cit., p. 90-100; e FERREIRA, Luiz Otávio. Negócio, política, ciência e vice-versa: uma história institucional do jornalismo médico brasileiro entre 1827 e 1843. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, suplemento, p. 93-107, 2004.
15. Sobre o papel da Academia de Medicina na produção e arbitragem de conhecimento científico, ver EDLER, Flávio Coelho. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*, op. cit., p. 130-144.
16. A geografia médica era uma disciplina que pretendia conter os conhecimentos patológicos de todo o globo terrestre. Seus mais influentes representantes eram médicos franceses, ingleses e alemães, geralmente ligados à administração colonial.
17. SIGAUD, Joseph François Xavier. *Du climat et des maladies du Brésil ou statistique médicale de cette Empire*. Paris: Fortin, Mason et C., 1844, p. 59 e 94.
18. Sobre as posições teóricas em torno do aclimatamento, no Rio de Janeiro, ver CHALHOUB, Sidney, op. cit., p. 78-96. Avaliações otimistas sobre a aclimação dos europeus no Brasil encontram-se em SIGAUD, Joseph François Xavier, op. cit., p. 100; CUNHA, José Ferreira da. *Da atmosfera: de suas ações mecânicas e físicas, quer no estado fisiológico quer patológico dos seres vivos, que influência exerce sobre a quantidade e qualidade dos alimentos em diferentes latitudes*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, 1837; COSTA, José Caetano da. *Aclimatamento*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, 1858; e BOTELHO, Joaquim Antônio de Oliveira. *O aclimatamento dos europeus nos países quentes e o seu emprego na agricultura como colonos será compatível com a conservação da vida e da saúde?* Tese apresentada para o concurso de opositor em ciências médicas perante a Faculdade de Medicina da Bahia, 1857.
19. SIGAUD, Joseph François Xavier, op. cit., p. 100.
20. Idem, ibidem, p. 157.
21. A febre amarela reapareceu no Brasil em 1849, e a epidemia de cólera começou em 1855. Sobre a febre amarela ver os trabalhos de BENCHIMOL, Jaime Larry, op. cit.; CHALHOUB, Sidney, op. cit.; e GONÇALVES, Monique de Siqueira. "A morte anunciada": o papel da imprensa durante a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro em 1850. *Revista Dia-Logos*, Rio de Janeiro, p. 12-23, 2004.
22. EDLER, Flávio Coelho. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro, 1854-1884*, op. cit., p. 168-184.
23. MOURA, Júlio de. Editorial. *Revista Médica do Rio de Janeiro*, p. 53, 10 out. 1973.
24. Sobre esse tema consultar ARNOLD, David. Introduction: tropical medicine before Manson. In: ARNOLD, David (org.). *Warm climates and Western medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900*. Amsterdam; Atlanta: Rodopi, 1996, p. 1-19. (Clio Medica 35 The Wellcome Institute Series in the History of Medicine).

Recebido em 2/2/2009
Aprovado em 13/2/2009